

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 126.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES HYDATIQUES MULTIPLES
DE LA CAVITÉ ABDOMINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 janvier 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ludovic BASSO

Né à Albertville (Savoie), le 11 janvier 1879.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

—
1904

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES HYDATIQUES MULTIPLES
DE LA CAVITÉ ABDOMINALE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 126.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES HYDATIQUES MULTIPLES
DE LA CAVITÉ ABDOMINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 janvier 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ludovic BASSO

Né à Albertville (Savoie), le 11 janvier 1879.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.		X.
Clinique des maladies des enfants.		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique.	DURAND, —

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SIRAUD.	MM. BÉRARD.	MM. VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOYE-JOSSERAND.	CHIATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. X..., Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président ; VALLAS, Assesseur ;
MM. BÉRARD et CHIATIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur JABOULAY

A MES MAITRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.		X.
Clinique des maladies des enfants.	{	GAYET.
Physique médicale		GAULLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	{	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique	{	MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie	{	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie	{	LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe	{	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique	{	TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.	{	MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène.	{	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie	{	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique.	DURAND, —

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SIRAUD.	MM. BÉRARD.	MM. VILLARD.
COLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. X..., Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président ; VALLAS, Assesseur ;
MM. BÉRARD et CHATIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur JABOULAY

A MES MAITRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

INTRODUCTION

Le 4 novembre 1903, nous voyons entrer, dans le service de M. le professeur Jaboulay, une malade atteinte de tumeurs multiples de l'abdomen, chez laquelle on porte le diagnostic de « kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale. » Sous le nom de « cavité abdominale » nous comprendrons non seulement ce qu'on entend par ce mot en anatomie topographique, mais la totalité complète de l'abdomen et du petit bassin ; car nous verrons que dans les cas de multiplicité, la cavité du petit bassin est souvent le siège de kystes hydatiques en même temps qu'un ou plusieurs organes de la cavité abdominale elle-même et qu'on rencontre rarement des kystes isolément développés dans la cavité du petit bassin. L'observation de cette malade nous a paru assez intéressante pour que, sur les conseils de M. le docteur Patel, chef de clinique, nous nous soyions décidés à entreprendre une étude de cette question. Si de nombreux travaux ont déjà été publiés, sur les [kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale, il n'en reste pas moins vrai que le sujet n'a pas été complètement tiré au clair, et le problème de la pathogénie notamment, après avoir suscité depuis longtemps des discussions assez vives, ne semble pas avoir été résolu d'une façon définitive. Il est facile, d'ailleurs, de s'en rendre compte par l'exposé d'un court aperçu historique.

Dès 1877, au VI^e Congrès de chirurgie allemande, Volkmann rapporte l'observation d'un malade atteint d'un kyste du foie traité sans succès par la ponction et chez lequel il a trouvé à l'autopsie, dans le mésentère, l'épiploon et sur le péritoine viscéral de petites tumeurs kystiques nombreuses renfermant des échinocoques. Il en conclut la possibilité d'une greffe des germes hydatiques dans le péritoine à la suite de la ponction.

Cette hypothèse avait d'ailleurs été émise par John Hunter, en 1787 ; à l'occasion d'un cas d' « anurie due à une collection d'hydatides entre le col de la vessie et le rectum », il faisait remarquer que, à la suite de la rupture d'un kyste du foie ou de la rate, le contenu pouvait s'être accumulé, en vertu de la loi de la pesanteur, dans le petit bassin, où les vésicules filles n'avaient pas tardé à s'enkyster et à se développer.

Mais contre cette opinion de Hunter et Volkmann, Charcot s'élève vivement dans son mémoire sur les kystes hydatiques paru en 1852 — et avec Davaine, dans une observation de kystes hydatiques multiples de l'abdomen, publiée en 1857, il insiste sur la « disposition spéciale des kystes fixés le long de l'intestin, pourvus de pédicules et flottant dans la cavité péritonéale ; ces pédicules, ajoute-t-il, sont susceptibles de se rompre, et les hydatides deviennent libres dans le péritoine ; ceux-ci doivent donc être différenciés des hydatides provenant de la rupture d'une poche voisine ; car, dans ce cas, on note tous les signes d'une rupture, désordres graves et mort rapide survenant constamment.

En 1867, Finsen revient sur la possibilité d'une rechute après la rupture d'un kyste primitif et en 1877, Volkmann

fait une nouvelle communication sur le danger des ponctions.

Mais en 1879, Freund, dans une communication sur les kystes hydatiques du bassin chez la femme, reprend l'opinion de Charcot : il distingue des kystes primitifs où l'embryon est parvenu dans le bassin par la voie lymphatique ou sanguine — ces kystes sont sous-séreux — et des kystes secondaires, dûs à la chute de kystes provenant d'organes abdominaux situés plus haut ; ceux-là siègent dans la cavité péritonéale. Il admet que « la source principale des échinocoques observés à l'état libre dans la cavité abdominale est constituée par des kystes énucléés du mésentère et de l'épiploon. »

Après lui, Nicaise, en 1884, Walther en 1886 et Tuffier en 1891, préconisent la même théorie en insistant sur le siège des kystes hydatiques.

De même Clado, en 1886, s'attache à montrer le cheminement des embryons hexacanthés qui, après avoir traversé l'intestin, pénètrent dans le tissu cellulaire du mésentère, puis dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et se logent dans les plis de la séreuse, des épiploons, et le tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin.

La thèse d'Albert, en 1887, conclut également à la multiplicité des kystes dès l'origine.

A côté des anatomistes, les cliniciens, moins préoccupés de la disposition anatomique et des théories zoologistes, rapportent des observations de ruptures de kystes hydatiques, suivies de l'éclosion de kystes multiples. C'est ainsi que nous voyons Potain (1877), Rendu et Havage (1879), Féréol, Péan et Masseron (1882), Gratia, en Belgique (1883), puis, en Allemagne, Kœnig, Krause (1886),

enfin, plus récemment Pauchet (1893), Létienne (1894), Debove et Soupault rapporter une série de cas où ils discutent la greffe des germes échinococciques, à la suite de rupture de kystes hydatiques. La question fournit enfin l'objet d'une vive discussion à la Société de Chirurgie de Paris, dans la séance du 14 mars 1900, où M. Potherat déclare qu'un kyste ne peut ni par son liquide, ni par les vésicules filles, ni par les scolex, reproduire un kyste hydatique, celui-ci étant un stade intermédiaire dans l'évolution du *tænia échinocoque*.

Ferval, dans sa thèse sur les kystes hydatiques intra-péritonéaux primitifs ou secondaires, repousse également ce qu'il appelle la « rétrogénèse » des kystes hydatiques et se rallie à l'opinion de Potherat.

Nous arrivons enfin à la thèse de Duvé, parue en 1901, qui conclut à la nature secondaire des kystes hydatiques de l'abdomen, consécutivement à une rupture de kystes primitifs.

En somme, à la suite de ces nombreuses controverses, l'accord ne semble pas s'être fait parmi les auteurs : en effet, les divers traités de pathologie française récents, les traités de chirurgie ne mentionnent pas ou signalent à peine la possibilité des greffes échinococciques comme pathogénie des kystes multiples de l'abdomen.

Nous insisterons donc spécialement, dans ce travail, sur l'étude de la pathogénie des kystes multiples de la cavité abdominale, afin d'en tirer des déductions thérapeutiques qui, comme nous le verrons, ne manquent pas d'importance.

Nous exposerons d'abord l'observation qui a été le point de départ de notre thèse, et que nous devons à l'obligeance

de M. le docteur Patel ; nous la ferons suivre d'une seconde observation également intéressante recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.

Dans un premier chapitre, nous rappellerons, en quelques mots, l'origine et la structure du kyste hydatique.

Le second chapitre, objet principal de ce travail, sera consacré à la discussion des diverses théories pathogéniques soutenues jusqu'à ce jour pour expliquer le développement des kystes multiples.

Nous étudierons ensuite successivement le diagnostic et le pronostic de cette affection pour établir, dans un dernier chapitre, réservé au traitement, les notions pratiques qui peuvent intéresser le chirurgien.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à témoigner l'expression de notre vive gratitude à M. le professeur Jaboulay, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Nous remercions sincèrement M. le docteur Patel, chef de clinique chirurgicale, à qui nous devons l'idée première de ce travail, et les conseils qui nous étaient nécessaires pour le mener à bonne fin.

Nous remercions également M. le professeur Poncet et M. le docteur Delore, chef de clinique chirurgicale, qui nous ont gracieusement communiqué une observation des plus intéressantes pour notre sujet

Enfin, que tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux soient assurés de notre profonde reconnaissance pour les lumières de leur enseignement qu'ils nous ont toujours dispensé avec une grande bienveillance.

OBSERVATION (Inédite.)

(Service de M. le professeur Jaboulay, due à l'obligeance
de M. le docteur Patel, chef de clinique.)

M. M..., 60 ans, couturière, entrée le 4 novembre 1903. Père mort des suites d'une chute; mère bien portante, 81 ans; 12 frères et sœurs dont 6 vivants, bien portants, les autres morts jeunes.

Réglée à 13 ans, toujours très régulièrement. Mariée à 26 ans. Mari mort de dysenterie, il y a vingt ans. 4 enfants, 1 vivant, 1 mort de variole, 2 jumeaux à la dernière grossesse, morts. Fièvre d'Algérie, il y a neuf à dix ans, pendant un jour. Rien autre de particulier.

L'affection actuelle a débuté, il y a trente ans, par un point de côté dans la région hépatique antérieure; il revenait de temps à autre. Ce point siège au dessous des fausses côtes gauches. Douleurs dans l'épaule droite.

Il y a vingt ans que la malade trouve qu'elle est devenue plus grosse. Il y a dix ans, en Algérie, un médecin lui a dit qu'elle avait une tumeur dans l'abdomen. Depuis deux mois, la malade souffre davantage de son point de côté, quoique par intermittence. Elle a présenté des troubles urinaires: difficulté et douleurs à la miction. Pas de constipation. Appétit assez bien conservé, digestions un peu moins bonnes. Pas d'amaigrissement. Léger subic-tère. Augmentation notable du volume du ventre.

Actuellement, la malade présente un assez bon état général. L'abdomen est volumineux, saillant, non étalé. Pas de matité dans les flancs. Au palper, grosse masse occupant le flanc et l'hypocondre droits, dépassant à gauche la ligne médiane de trois à quatre travers de doigt. Cette masse paraît arrondie, assez régulière. Entre la matité hépatique et la tumeur, au-dessous des fausses côtes, sonorité conservée du colon transverse. Cette masse, mate à la percussion, donne en outre une sensation de frémissement très nette. La tumeur est très mobile sous les doigts et quand la malade se tourne.

Le foie paraît très gros, remonte en haut jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous du mamelon, en bas jusqu'au rebord costal.

D'autre part, au niveau des articulations des septième, huitième et neuvième côtes droites, voussure de la largeur d'une mandarine. Matité à ce niveau, et, à la percussion, perception du même frémissement particulier.

Au toucher vaginal, on sent une masse volumineuse, résistante, irréductible, paraissant occuper tout le petit bassin, non mobile. On ne sent pas le col utérin. Jamais d'urticaire, ni de démangeaisons. Pas de vomissements. On ne note rien aux poumons ; au cœur, arythmie légère, pouls à 80 ; urines, pas d'albumine, mais disque épais d'urates. Léger œdème des jambes augmentant le soir. Pas de fièvre. On porte le diagnostic de kystes hydatiques multiples : foie, épiploon et petit bassin.

M. le professeur Jaboulay pratique l'opération le 7 novembre :

1° Incision médiane au-dessous de l'appendice xiphoïde. Gros kyste du lobe droit du foie, plein de vésicules filles. Ouverture et ablation de la membrane proligère, puis tamponnement avec des mèches qui ressortent par la partie supérieure de l'incision.

2° L'incision est prolongée jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Ouverture du kyste abdominal. Même conduite.

3° Incision, aux ciseaux, du cul-de-sac vaginal. Ouverture du kyste et évacuation de son contenu. Mèche vaginale. On change les mèches vaginales tous les deux jours, et le 17, on les enlève définitivement. On fait un lavage vaginal.

La malade part guérie, le 5 décembre.

OBSERVATION (Inédite).

(Service de M. le professeur Poncet, due à l'obligeance de M. le docteur Delore, chef de clinique.)

P. V..., 25 ans, brodeuse, née à Villars-les-Dombes (Ain), entre à l'Hôtel-Dieu le 13 novembre 1903. Père inconnu, mère vivante bien portante, 3 garçons. A quitté la Bresse à l'âge de 6 ans. Jamais de symptômes paludéens. A eu la rougeole étant toute petite. Pas d'autres maladies pendant son jeune âge. A 21 ans, elle a un enfant, un an après sa couche elle s'aperçoit d'une tumeur peu

volumineuse, non douloureuse, siégeant à la partie supérieure gauche de l'abdomen ; elle reste stationnaire pendant 3 ans. A cette époque (janvier 1902), la malade a un deuxième enfant. A partir de ce moment, la tumeur augmente beaucoup de volume. Jamais elle n'a déterminé de réelles douleurs, seulement une sensation de pesanteur dans le ventre. Il y a huit jours, un médecin, qu'elle fait appeler pour des maux de tête très violents, lui conseille d'entrer à l'hôpital. La malade dit avoir beaucoup maigri depuis un an, en même temps que son teint devenait de plus en plus terreux et pâle.

Actuellement, à travers une paroi abdominale amincie et rendue très souple par deux grossesses, on perçoit à gauche sous les côtes une tumeur d'un gros volume qui remplit toute la fosse lombaire. Contours nets, surface bosselée, dure et résistante. Partant de la septième côte gauche, elle respecte la zone sonore de Traube, devient franchement abdominale, passe à environ trois cent. à gauche de l'ombilic et se retourne en arrière où elle occupe toute la région lombaire ; elle empiète en haut sur la sonorité pulmonaire, déterminant une zone de matité qui s'arrête à trois cent. de la colonne. Pas de sonorité colique en avant ; en arrière, zone sonore entre la tumeur et la colonne. A sa partie antérieure, on sent, à la palpation, une tuméfaction formant casque sur la partie profonde de la tumeur. Ballotement très net. Pas de point fluctuant. La malade n'a jamais eu de signes urinaires, pas de douleurs rénales, ni lombaires. Température normale. Rien aux poumons ; rien dans les os ; rien au foie. Urines : pas d'albumine.

Dans la fosse iliaque gauche, tumeur très mobile, du volume d'une pomme. Par le toucher vaginal, combiné au palper, on sent une autre tumeur dans le cul-de-sac latéral gauche.

Ces deux tumeurs, très dures, très mobiles, surtout la supérieure, sont indépendantes de la tumeur de l'hypocondre gauche et indépendantes également l'une de l'autre.

M. le docteur Delore opère la malade le 24 novembre 1903 :

1^o Laparatomie médiane sous-ombilicale. La tumeur inférieure, kystique, est incluse dans l'épiploon, mais adhérente également à la paroi hypogastrique et au bord du détroit supérieur. Par la

même incision, la tumeur moyenne, complètement incluse dans l'épiploon, est attirée au-dehors avec un pédicule épiploïque qui est lié et coupé. Hémostase. Fermeture de la paroi.

2° Incision latérale et verticale sur le bord externe du grand droit du côté gauche, depuis le rebord costal jusqu'à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure. Tumeur irrégulière, bosselée, adhérente à l'épiploon et en arrière à la paroi lombaire. Destruction des adhérences. La rate transformée en kyste hydatique est extraite, la portion saine coiffée comme un casque, la face antero-externe de cette énorme masse. Ligature de l'épiploon gastro-colique, étages de ligatures sur le pédicule vasculaire. Quelques ligatures épiploïques. Tamponnement léger, après avoir fermé la plus grande partie de l'incision.

Examen de la rate. Kystes très nombreux inclus dans son épaisseur, d'autres, complètement indépendants du parenchyme splénique de volume variable ne dépassant pas la grosseur d'une mandarine, bosselés, renfermant un liquide clair et des vésicules hydatiques secondaires, les unes adhérentes à la paroi, les autres indépendantes.

Dans certaines vésicules, on trouve à leur face interne, à leur face externe ou dans l'épaisseur de leur paroi, d'autres hydatides plus petites; sur la plus interne des couches de la membrane vésiculaire, examinée au microscope, sont insérés de nombreux crochets d'échinocoques.

Dans le liquide vésiculaire, nombreux échinocoques, les uns intacts, avec leurs crochets, les autres plus ou moins altérés. La rate pèse 1100 grammes. Pas d'altérations visibles du tissu splénique entre les kystes. Suites d'opératoires, simples, malgré l'accélération notable du pouls, 124 et 150 pulsations le soir et le lendemain de l'intervention.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes hydatiques représentent la phase embryonnaire ou vésiculaire du *tænia echinococcus* qui vit à l'état adulte dans l'intestin du loup ou du chien. Les œufs de cette espèce, ingérés par l'homme avec les eaux potables ou les légumes verts, subissent, dans l'estomac, l'action du suc gastrique qui ramollit leur coque et met en liberté l'embryon hexacanthé. Celui-ci, muni de ses crochets, émigre hors du tube digestif et va se fixer définitivement dans un point de l'organisme, le plus souvent le foie. Il perd alors ses crochets et se transforme en une masse sphérique à contenu liquide qui n'est autre que l'hydatide. On distingue dans ce kyste, une couche externe ou *cuticule* et une couche interne ou *membrane germinative*, à laquelle sont appendues des *vésicules proligères* contenant des *scolex* ou têtes de *tænia* qui, une fois ingérés par le chien, se fixent dans son intestin et ne tardent pas à se métamorphoser en vers adultes. On trouve, en outre, à l'intérieur de certains kystes hydatiques, des *vésicules filles* qui reproduisent, d'une façon complète, la structure du kyste échinococcique : même cuticule et même membrane germinative avec les vésicules proligères renfermant des scolex : parfois ces vésicules filles contiennent, à leur tour des *vésicules petites filles*.

La prolifération du kyste peut s'effectuer par sa surface externe et donner des *vésicules filles exogènes*.

Le liquide du kyste, transparent comme de l'eau de roche, dépourvu d'albumine, du moins tant que l'hydatide est encore vivante, est *normalement aseptique*, grâce à l'imperméabilité de la membrane hydatide vis-à-vis des microbes qu'elle arrête comme un filtre parfait. La suppuration d'un kyste hydatique supposera toujours l'altération de ses parois.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

On a invoqué diverses théories pour expliquer la pathogénie des kystes multiples de la cavité abdominale.

I. — La première, vivement défendue par Charcot et Davaine, et qui paraît, de prime abord, la plus naturelle, attribue la formation de ces kystes à l'ingestion simultanée ou successive d'un grand nombre d'œufs de *tænia echinococcus*, avec développement consécutif de plusieurs embryons hexacanthes dans diverses parties du corps. Cette théorie, que l'on peut appeler *théorie de la multi-infestation* serait parfaitement acceptable si les kystes hydatiques multiples se trouvaient disséminées dans les régions du corps les plus diverses.

Mais il est loin d'en être ainsi ; dans la grande majorité des cas, l'échinocoque multiple intéresse surtout la cavité abdominale. Si nous nous reportons à la statistique de Tokarenko, nous trouvons sur 159 observations de kystes hydatiques multiples, 4 seulement dans lesquelles l'abdomen est exempt de ces lésions. Comment expliquer cette prédominance des hydatides multiples du ventre ? On pourrait admettre une prédisposition particulière des viscères abdominaux, et surtout du foie. En effet, le plus souvent, l'embryon hexacanthé, sorti de l'intestin, chemine

dans les ramuscules d'origine de la veine porte, arrive jusqu'au foie où il s'arrête dans les capillaires lobulaires pour se transformer en vésicule.

Mais, si nous considérons de près la fréquence relative de l'échinococcose de l'abdomen, nous voyons qu'il y a lieu d'établir une distinction entre les kystes solitaires et les kystes multiples: pour les premiers, M. Alexinsky, en additionnant les statistiques de Davaine, de Bœcker, de Finsen, de Madelung, de Peiper et de Nadédjine, et en disposant ainsi d'un total de 1,950 observations, a trouvé que les cas d'échinococcose abdominale constituent 75,22 % du nombre global, tandis que pour les hydatides multiples la proportion est beaucoup plus élevée et dépasse 90 %.

D'autre part, nous devons noter que le plus souvent, à côté de l'existence d'un nombre plus ou moins considérable de kystes hydatiques de l'abdomen, on ne constate aucune de ces formations dans le reste du corps.

Et cependant, si chaque kyste provenait d'un embryon hexacanthé, on devrait en trouver dans diverses parties de l'économie, d'autant plus que d'autres voies de migration que le système porte sont ouvertes à l'embryon.

Il nous semble donc bien que cette localisation des kystes ne permet pas de les considérer comme des manifestations multiples d'une invasion d'embryons hexacanthés.

II. — Mais au lieu d'admettre l'ingestion de plusieurs œufs de *tœnia* donnant naissance chez l'individu qui les a avalés à un plus ou moins grand nombre de kystes, on peut bien supposer qu'un seul œuf a produit un seul

kyste et que celui-ci à son tour en a produit d'autres par la naissance à sa surface de vésicules hydatiques exogènes. « Des tumeurs hydatiques, dit Murchinson, peuvent se former dans le foie ou dans le mésentère par voie de développement exogène, comme cela se passe le plus souvent pour les hydatides qui infestent les animaux inférieurs. On a vu assez souvent dans le foie de l'homme des vésicules secondaires bourgeonnant à la surface externe de la vésicule mère. »

On comprend évidemment la possibilité d'une telle genèse pour quelques-uns des kystes appartenant à une colonie plus ou moins nombreuse, surtout pour ceux du péritoine ou de la surface des organes, plutôt que pour ceux des parenchymes, qui sont entourés non seulement par leur enveloppe adventice, mais aussi par le tissu organique environnant — et ce mode de formation a été vérifié par des constatations anatomiques ; dans ces cas on rencontre une enveloppe adventice, unique pour l'hydatide mère et ses filles.

Quelquefois, on peut croire, chaque jeune individu ayant entraîné une portion du kyste primitif, à l'existence d'autant de kystes particuliers et distincts, alors qu'on s'aperçoit, en les ouvrant, qu'il n'y a qu'une seule cavité divisée en plusieurs compartiments. — Kuhov, qui le premier a distingué chez les animaux ces hydatides exogènes, en rapporte des exemples. Mais, habituellement, les kystes restent plus petits. Et en somme, si certains kystes, formant des assemblages de cet ordre peuvent reconnaître cette origine, on ne saurait généraliser cette interprétation pour expliquer tous les kystes disséminés dans la cavité abdominale.

III. — Une autre théorie a été émise par Rasmussen : il suppose qu'après des ulcérations de vaisseaux dans l'intérieur d'un kyste, les hydatides filles sont entraînées dans la circulation et déposées dans différents organes.

Nous pouvons admettre que des hydatides sont entraînées dans le courant sanguin, en même temps que le liquide hydatique. On a constaté parfois de ces ulcérations vasculaires, et il n'est pas impossible que les hydatides s'y engagent. Mais comment expliquer ensuite leur sortie ? L'hydatide fille, en effet, même d'après Rasmussen, ne possède pas de crochets comme l'embryon hexacanthé, et est beaucoup plus grosse que lui, puisqu'en général elle contient un nombre plus ou moins considérables d'échinocoques, quand elle se détache de la mère. On est donc conduit à supposer qu'elle se développe dans l'intérieur des petits vaisseaux ; mais alors il serait facile de le constater. Or, une pareille disposition n'a pas été signalée.

IV. — Nous ne nous attarderons pas à cette théorie et nous arrivons à la dernière opinion formulée par Volkmann, et entrevue déjà avant lui par Hunter, nous voulons parler de la théorie des greffes échinococciques consécutives à la rupture d'un kyste primitif, le plus souvent d'un kyste du foie ou de la rate. A la suite de ces accidents ou d'une intervention, qui peut n'être qu'une simple ponction, les hydatides mises en liberté dans la cavité abdominale se greffent, évoluent et reproduisent autant de kystes nouveaux.

Des faits cliniques nombreux viennent à l'appui de cette théorie et démontrent d'une façon évidente ce mode

de génèse. Nous nous bornerons à citer les observations les plus probantes et les plus typiques.

Nous rangerons d'abord dans un premier groupe un certain nombre de cas se rapportant à des malades chez, qui, un kyste hydatique ayant été nettement diagnostiqué-on a vu se manifester à un certain moment des signes témoignant de la rupture de ce kyste, accident qui fut suivi de l'éclosion d'hydatides multiples dans la cavité abdominale. Tantôt cette rupture a été spontanée, tantôt elle a été consécutive à un traumatisme.

OBSERVATION I (Résumée.)

(Payrot-Cazin. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*,
7 mars 1900.)

R... Lucie, âgée de 23 ans, couturière, atteinte d'un kyste hydatique du foie dont elle souffrait depuis deux ans, ressentit brusquement, le 29 janvier, une sensation de déchirement interne, accompagnée d'une douleur aiguë et le médecin qui la soignait constata l'affaissement de la tumeur. Le lendemain, éruption d'urticaire, vomissements incessants, douleurs généralisées à tout l'abdomen.

A son entrée à l'hôpital, le 13 février 1896, elle présente tous les signes d'une péritonite subaiguë avec épanchement. A l'ouverture du ventre par laparotomie médiane, on trouve au milieu d'adhérences multiples, une poche hydatique rompue dont la cavité remonte jusqu'à la face inférieure du foie. La membrane hydatique est enlevée, et l'on essaie d'isoler la face externe du kyste, une portion seulement de la poche peut être isolée et réséquée et on procède à la marsupialisation de l'autre portion qui n'a pu être séparée des anses intestinales adhérentes. Suites opératoires normales. La malade sort de l'hôpital le 18 juillet. Elle entre de nouveau le 4^{er} février 1900.

A ce moment, on sent, dans les régions sous-ombilicale et

hypogastrique, à la palpation, plusieurs masses plus ou moins profondes. Sur la ligne médiane, l'une d'elles apparaît grosse comme le poing. Au-dessous, se sent une résistance diffuse; enfin, profondément, le petit bassin est manifestement rempli par une tumeur arrondie et rénitente. L'utérus est projeté en avant et en haut. Il est clair qu'il s'agit de kystes hydatiques nouveaux. La malade sent ces tumeurs se développer depuis deux ans.

Opération le 19 février 1900. Incision médiane à la partie supérieure, on aperçoit un kyste gros comme le poing étalé à la surface du grand épiploon lequel adhère fortement à la paroi abdominale et au fonds de l'utérus et est infiltré dans toute sa partie libre de kystes formant une saillie hémisphérique et du volume d'une pomme ou d'une noisette.

Le grand kyste énucléé et la partie du grand épiploon portant les autres kystes ayant été détachée, on aperçoit le kyste du bassin, derrière l'utérus; très volumineux il emplit tout le bassin. Après avoir déchiré sa membrane fibreuse, on enlève une grande vésicule pesant 1400 grammes et l'on trouve à la face interne de la poche fibreuse restée en place deux autres hydatides, du volume d'un petit pois. Ces deux vésicules étaient contenues dans la même enveloppe que la grande, mais en dehors d'elle on fait disparaître la cavité en passant un catgut en tous sens d'une membrane à l'autre. Suites opératoires simples. Guérison.

OBSERVATION II (Résumée.)

(Sklifosowsky.)

Un homme de 28 ans était porteur depuis plusieurs années d'une tumeur de la région épigastrique. Il y a trois ans, elle disparut brusquement, sans que le malade éprouvât la moindre sensation pénible; au bout d'un certain laps de temps, la tumeur se reforma et augmenta progressivement de volume; dix mois avant son entrée à l'hôpital, le malade a eu de l'ictère, puis des accès fébriles.

A l'examen, tumeur fluctuante dépendant du foie; en outre,

dans la profondeur de la cavité abdominale, indurations nombreuses. Région sous-ombilicale douloureuse, fosse iliaque droite tendue, œdème des membres inférieurs.

Intervention, première incision sus-ombilicale : gros kyste ancien du foie à contenu brun verdâtre et dont la surface interne, rugueuse et de couleur ardoisée, était tapissée de dépôts calcaires. Marsupialisation. Deuxième incision sous-ombilicale : quatre kystes sous-séreux du grand épiploon sont successivement enlevés. Autres tumeurs sous-péritonéales dans les fosses iliaques.

Après tentative d'énucléation de la masse kystique droite, on se contente de la ponctionner. On remet à plus tard l'extirpation du kyste de la fosse iliaque gauche.

OBSERVATION III

(Tissier-Desfosses. *Bull. et Mém. de la Soc. obst. et Gynécol.*,
14 janv. 1897.)

Femme primipare de 36 ans. En 1879, elle fut soignée à l'hôpital Lariboisière pour un kyste du foie qui s'était brusquement rompu. Le rétablissement fut rapide. Cette femme devint enceinte au mois de mai 1895. La grossesse évolua sans complications. Au moment de l'accouchement (24 décembre) dystocie, rupture utérine, mort.

Autopsie. — Kystes multiples du péritoine : épiploon rempli de kystes du volume d'un poing ou d'une noix. Le fond de l'utérus est surmonté d'une tumeur kystique du volume d'une mandarine occupant la corne droite. Cette tumeur n'est point développée en plein muscle, mais siège dans la couche cellulaire sous-péritonéale. Kyste analogue à la face antérieure de l'utérus, un peu au-dessus de la vessie. Un kyste situé dans l'épaisseur du ligament large soulève les ailerons et écarte les feuillets séreux. Enfin kyste du cul-de-sac de Douglas, qu'il efface en partie.

Le foie, très déformé, porte à sa face inférieure un kyste gros comme une tête d'adulte. On ne trouve pas la cicatrice du kyste qui s'est rompu en 1879.

OBSERVATION IV (Résumée.)

(Broca. *Bull. et Mém., de la Soc. de chir.*, 21 mars 1900)

Un enfant de 10 ans, porteur d'un kyste du foie, est sur le point d'être opéré, lorsque, en faisant des cabrioles dans la cour, il se contusionne l'abdomen contre un banc. Il en résulte des accidents toxiques assez forts, réaction péritonéale, urticaire et épanchement que l'on ponctionne ; mais on ne trouve plus aucune tumeur du côté du foie.

Quelques mois après, le sujet revient, présentant des kystes hydatiques multiples de l'abdomen : on lui fait une laparotomie médiane sus-ombilicale et l'on trouve une collection hydatique gauche rétropéritonéale ; vers le foie, masse polykystique décorée avec peine ; derrière elle autre tumeur rétropéritonéale. A côté, vers la fosse iliaque droite, on énuclée encore un amas polykystique rétropéritonéal plus petit. Enfin, dans l'abdomen, surtout vers l'estomac, nombreux kystes très petits ; en particulier on en extirpe de l'épiploom plusieurs gros comme des noisettes.

A côté de ces faits, nous signalerons ceux dans lesquels les mêmes manifestations cliniques se sont produites sans qu'on eût diagnostiqué antérieurement l'existence d'un kyste hydatique. Parmi les nombreuses observations de cette catégorie que nous avons trouvées, nous citerons les suivantes :

OBSERVATION V

(Debove et Soupault. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 9 déc. 1892.)

Jeune malade, âgée de 17 ans, cartonnière, prise brusquement sans effort, ni chute préalables, d'une douleur très vive dans l'hypocondre droit, s'irradiant ensuite dans tout l'abdomen — et suivie de ballonnement du ventre. Par ponction, puis laparotomie on recueille un liquide contenant des membranes et des crochets.

Alors qu'on avait cru, en raison de l'état général de la malade, à une péritonite tuberculeuse, un interrogatoire plus attentif apprend que, antérieurement à son accident aigu, la malade ressentait dans l'hypocondre droit, des douleurs s'irradiant dans le dos et l'épaule droite, et que le lendemain de son accident aigu, elle eût une éruption d'urticaire généralisée. Il parut vraisemblable alors, quoique l'on n'eut pas constaté de tuméfaction du foie, qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du foie ouvert dans le péritoine, probablement après avoir perforé les voies biliaires, car on trouve une grande quantité de bile dans le liquide examiné.

La malade, guérie, revient un an après; son ventre a grossi: dans la fosse iliaque gauche, tuméfaction légère; à deux ou trois centimètres de l'aîne gauche, masses dures, irrégulières. Anorexie, fièvre.

Ponction de la tumeur de la fosse iliaque gauche donnant issue à un pus jaunâtre. Laparotomie médiane: poche à peu près vide de pus, à parois sanieuses. Le toucher rectal révèle un prolongement de la poche dans le cul-de-sac recto-vaginal. Mort.

Autopsie. — Péritoine sain. Poche ponctionnée, vide, située au-dessus de l'utérus, empiétant sur la fosse iliaque gauche et avec prolongement dans le cul-de-sac recto-vaginal. Autre kyste, au-dessus de la vessie, rempli de pus, sans lambeaux hydatiques. Le long de l'S iliaque et du rectum, et dans l'épaisseur du ligament large, une quinzaine de kystes du volume d'une noisette, contenant un liquide incolore avec de nombreuses vésicules hydatiques. Le foie présente à sa face inférieure un kyste du volume d'une orange, à parois épaisses, jaunâtres, contenant du pus, sans hydatides. Pas de trace de trajet fistuleux faisant communiquer le kyste avec le péritoine ou avec les voies biliaires.

OBSERVATION VI

(Riemann. *Beitrag f. klin. Chir.*, XXIV, 1, obs. II.)

Homme de 50 ans tomba malade en 1895: violentes douleurs dans l'hypocondre droit; à peine pouvait-il se remuer tant elles étaient vives. Le médecin constata une voussure du foie qui, dans

la suite, se montra plus ou moins accusée. Dans ces deux dernières années, cinq attaques semblables : resta deux fois sans connaissance, gardait le lit plusieurs jours après chaque attaque.

Six mois après l'avant-dernière attaque, apparut dans le flanc gauche une voussure qui depuis a lentement augmenté.

Etat actuel. — A la palpation, plusieurs tumeurs fluctuantes, mobiles, rondes, disséminées dans l'abdomen. En outre, une tumeur du petit bassin. L'intervention vérifie le diagnostic porté de kystes hydatiques multiples de l'abdomen.

Si, dans les cas qui précèdent, l'éclosion de kystes multiples a été précédée de symptômes indiquant une rupture d'un kyste primitif, il n'en est plus de même dans les observations suivantes où aucun phénomène n'a permis de diagnostiquer un pareil accident, qui apparaît au contraire d'une façon évidente à l'autopsie.

OBSERVATION VII

(Richard. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 30 avril 1880.)

Arabe de 33 ans, dont le ventre a gonflé progressivement depuis deux mois, présentant un épanchement abdominal considérable, sans fièvre ni douleur, ni vomissement. Pouls : 70. Puis augmentation rapide de l'épanchement, dyspnée intense. Paracentèse, puis ponction donnant issue à un liquide renfermant beaucoup de bile et des pigments biliaires. Mort quelques jours après.

Autopsie. — Epiploon chargé de kystes hydatiques très nombreux s'étendant jusque dans le petit bassin et contenus les uns dans l'épaisseur de l'épiploon, les autres entre les deux feuillets du mésocolon descendant, quelques-uns enfin sous l'épiploon pariétal.

Au foie : 1° kyste volumineux, fortement tendu, au niveau du lobe gauche ; 2° kyste également tendu, vers l'éminence porte antérieure. Enfin, à l'extrémité gauche du sillon transverse, poche kystique vide et affaissée et présentant à la partie antérieure une

ulcération qui admet la première phalange du petit doigt et qui fait communiquer la poche avec la cavité péritonéale.

Dans cette poche, membrane chiffonnée, repliée, et hydatides flétries.

Deux canaux biliaires s'ouvrent librement.

A noter également quelques autres kystes, en voie de régression.

OBSERVATION VIII

(Rieman. *Beitræge f. klin. Chir.* XXIV, 1, obs. III.)

Femme de 46 ans, amenée à l'hôpital pour une hernie ombilicale étranglée. Intervention d'urgence. Résection d'une anse sphacélée.

On remarque au cours de l'opération, que l'intestin est couvert de fins nodules blanchâtres. Il y a dans l'abdomen plusieurs litres d'un liquide jaunâtre. Le foie présente à sa face inférieure une tumeur kystique sphérique, grosse comme une tête d'enfant, avec une paroi parcheminée blanchâtre. Le kyste est « flasque comme une balle de caoutchouc crevée ». Dans l'épiploon ratatiné, sur le mésocolon, entre les anses intestinales et fixées à elles par des adhérences, se trouvent de petits kystes. Un kyste de la grosseur d'une pomme adhérent au bord inférieur du foie contient une douzaine de vésicules filles. Les résultats de l'opération devaient faire penser à la dissémination, par rupture d'un kyste primitif du foie. L'interrogatoire permit d'apprendre que la patiente s'était deux ans auparavant donné un effort en portant un seau d'eau et qu'elle avait senti une déchirure dans la poitrine. Depuis elle ne se sentait pas tout à fait bien. Son abdomen et ses pieds enflèrent. Le médecin appelé dit à la malade qu'elle s'était contusionné le foie. En août 1897, il fit une ponction de l'abdomen. Ces ponctions furent répétées 6 fois jusqu'au printemps 1898.

OBSERVATION IX

(Peyrot-Milian, citée par Dévé. *Thèse*, Paris, 1901.)

Homme de 55 ans, présentant une tumeur de l'abdomen avec frémissement hydatique très net. Deux autres tumeurs plus petites,

l'une dans la région épigastrique, l'autre vers la région splénique. En raison du développement lent et insidieux de l'affection, de l'absence de phénomènes douloureux et d'altération de l'état général, on diagnostique kystes hydatiques multiples de l'épiploon.

Laparatomie. Grosse tumeur médiane sur laquelle l'épiploon est étalé et contenant beaucoup de vésicules proligères et de scolex. Ablation de la poche.

2° Kyste dans le grand épiploon à droite du premier et entouré lui-même de kystes plus petits.

3° Kyste, retrostomacal, contenant beaucoup de vésicules filles.

Au-dessus, kyste de la face inférieure du foie, vide, à parois flottantes, portant sur la face inférieure « une sorte de petite ouverture ombiliquée ».

Enfin kyste juxta-splénique.

Ablation des différents kystes. Marsupialisation de la poche rétrogastrique. Suites opératoires apyrétiques.

Jusqu'ici nous avons relaté des cas de kystes hydatiques multiples reconnaissant pour cause la rupture d'un kyste primitif ; ceux que nous allons citer maintenant ont trait à des malades chez qui ces tumeurs apparurent à la suite d'interventions opératoires, et même d'une simple ponction d'un premier kyste.

OBSERVATION X

(Krause. *Berlin. klin. Woch.*, 2 septembre 1889.)

Homme de 36 ans, qui avait subi deux ans auparavant la ponction d'un kyste hydatique du foie. Six mois plus tard, le ventre commençait à grossir et lorsqu'il fut opéré, l'abdomen, spécialement dans sa moitié droite, était rempli de petites tumeurs en partie fluctuantes dont les dimensions oscillaient entre un œuf de pigeon et une orange. Attenant au bord inférieur du foie, on sentait une tumeur ayant le volume d'une tête d'enfant ; enfin, le toucher rectal révélait la présence de quelques petits kystes dans la moitié

droite du grand bassin. L'opération, qui fut très laborieuse, montra que toutes ces tumeurs étaient enveloppées d'une capsule de tissu conjonctif. En ne tenant compte que de celles qui étaient grosses au moins comme une noisette, on en enleva 95.

La minorité de ces kystes se trouvait accolée au péritoine pariétal; d'autres en plus grand nombre étaient dans le grand épiploon et le mésentère. Enfin quelques-uns s'inséraient sur l'intestin ou pénétraient même dans sa tunique séreuse. Plusieurs étaient juxtaposés de façon à former à droite de l'ombilic une tumeur ovulaire intimement adhérente à la masse intestinale, à l'épiploon et au mésentère. A gauche de l'ombilic, il y avait encore 15 ou 20 kystes minuscules, mais l'opération ayant duré déjà 2 heures et demie, Krause, considérant l'état d'épuisement du malade, décida de s'en tenir là. La rupture de ces adhérences kystiques s'étant accompagnée d'issue du liquide hydatique dans la cavité abdominale, avant de terminer l'opération, Krause attira au dehors toutes les anses intestinales pour les nettoyer une à une, en même temps qu'il lavait la cavité péritonéale avec une solution boriquée.

Guérison apyrétique.

Dans cette observation, la genèse des kystes de l'épiploon à la suite de la ponction du kyste du foie semble bien évidente : les tumeurs de l'abdomen n'apparurent qu'un certain temps après la ponction; elles étaient de plus en plus disséminées, à mesure qu'on s'éloignait du foie et, comme le fait remarquer Krause, elles étaient évidemment plus récentes.

OBSERVATION XI

(Pauchet. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, novembre 1893.)

Kystes hydatiques multiples du thorax et de l'abdomen.

P..., Louis, 20 ans, fermier, présenta, il y a 6 ans, les premiers phénomènes hépatiques suivants : tiraillements dans l'hypocondre

droit, douleurs dans l'épaule correspondante, toux quinteuse et sèche.

Deux ans plus tard, apparition d'une tumeur au-dessous des fausses côtes droites : ponction aspiratrice par un médecin qui retire un demi-litre de liquide clair comme de l'eau. Kyste hydatique reconnu.

Aucun phénomène pendant quelques mois, puis peu à peu tout le ventre se met à grossir pour acquérir en 4 ans un volume considérable.

A ce moment, comme troubles fonctionnels, rien qu'un peu de gêne respiratoire ; aucune altération des fonctions digestives.

L'examen physique présente à noter trois ordres de phénomènes :

a) C'est d'abord le volume et l'aspect de l'abdomen. On ne constate pas ici la forme que présentent en général les grosses tumeurs abdominales pas plus que l'aspect de l'ascite. Le ventre de ce malade est ovoïde dans son ensemble, se continuant sans démarcation avec la base du thorax, les côtes étant faiblement déjetées en dehors. Les mouvements de latéralité, la station debout n'apportent pas de changement à cet aspect.

La percussion dénote une matité absolue sur toute la surface de l'abdomen et celle du thorax jusqu'au 1^{er} espace intercostal à droite, jusqu'au 2^e espace à gauche. En arrière, cette matité s'arrête des deux côtés au 5^e espace environ.

b) Un frémissement hydatique des plus caractéristiques constitue le deuxième phénomène objectif à noter ; c'est la sensation d'un véritable sommier élastique que la percussion donne au doigt ; il est perçu dans les trois quarts supérieurs de la surface abdominale.

c) On constate enfin d'une façon évidente que cette masse énorme qui distend ainsi le thorax et l'abdomen n'est pas constituée par une tumeur unique, mais par un grand nombre de kystes séparés. La vue fait reconnaître un aspect bosselé ; le palper, l'existence de tumeurs fluctuantes en plus d'un point, séparées les unes des autres par des sillons.

La percussion, à l'une des extrémités de la masse ne fait pas

percevoir de fluctuation à la main placée à l'autre extrémité, contrairement à ce qu'on constate dans l'ascite et dans les tumeurs uniques de gros volume.

La ponction exploratrice montre que ces vésicules se vident isolément sans s'accompagner d'affaissement de leurs voisins.

Le 3 novembre 1893, on pratique une incision le long du bord externe du grand droit, dans toute la hauteur de ce muscle.

Kystes multiples adhérents ensemble et nourris par de nombreux vaisseaux : on les extrait un à un ou plusieurs ensemble en liant leur pédicule ; on retire le contenu de 3 ou 4 cuvettes.

Incision et évacuation de 2 kystes du volume d'une tête d'enfant situés au-dessous de la face inférieure du foie.

L'état général du malade, qui décline rapidement sous l'influence du choc opératoire, empêche de poursuivre l'opération.

Mort.

Autopsie le 5 novembre 1893.

A) *Cavité thoracique*. — Le diaphragme est refoulé jusqu'au premier espace intercostal à droite, jusqu'au troisième à gauche.

Un kyste hydatique du volume du poing occupe le lobe inférieur du poumon gauche. Les deux poumons diminués de volume sont refoulés au sommet du thorax.

B) *Cavité abdominale*. — Dans le foie, 4 gros kystes, deux ont été incisés pendant l'opération ; ils étaient, comme tous les autres, remplis de liquide et de vésicules ; l'un des deux renfermait, en outre, de la bile. Les deux autres occupaient, l'un la face convexe, l'autre la partie inférieure du lobe gauche de l'organe.

Rate. — 3 kystes lui donnent un volume énorme. Dans le péritoine sont disséminés tous les autres kystes : grand épiploon, ligament gastro-hépatique, ligament gastro-splénique, etc.... Ces hydatides, d'ailleurs, sont assez rares relativement au nombre de celles qui ont été enlevées par la laparatomie. Leur volume oscille entre celui d'une noix et celui d'une orange.

OBSERVATION XII

(Thierry, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, avril 1889, p. 317.)

Kystes hydatiques multiples du foie, de la rate, de l'épiploon et du pelvis. — Cancer de l'estomac et de l'utérus.

A. D..., actrice, âgée de 45 ans, qui consulta M. Verneuil, pour la première fois, il y a 11 ans. A ce moment, il était facile déjà de percevoir 2 tumeurs bien nettes : une de l'hypocondre droit déjà volumineuse qui fut diagnostiquée kyste hydatique ; l'autre occupant le petit bassin, qui fut rapportée à un kyste de l'ovaire. Pas de renseignements sur le début de l'affection. A cette époque, il y a 11 ans, M. Verneuil pratique une ponction dans le kyste hépatique et en retire 7 litres, environ, de liquide clair comme de l'eau de roche et qui ne laisse aucun doute sur la nature de l'affection. A la suite de cette ponction simple, la malade qu'on n'a pas opérée en raison de son état semi-cachectique, se trouve très améliorée pendant plusieurs années.

Il y a 3 ans, nouvelle ponction au kyste hépatique qui s'est reproduit.

La malade rentre dans le service le 9 avril 1899.

État actuel. — État général très grave. Dyspnée considérable. Constipation opiniâtre ; digestions pénibles ; pas de vomissements ; teint jaune paille. L'abdomen est énorme ; miction normale ; pas d'œdème des membres inférieurs. Tumeur volumineuse occupant tout l'hypocondre droit ; de même dans l'hypocondre gauche, tumeur rénitente, mais moins volumineuse ; une autre tumeur occupe tout le pelvis.

Enfin épithélioma du col.

La malade meurt le 16 avril.

A l'autopsie. — Le foie déplacé présente 2 volumineux kystes un supérieur (ponctionné par M. Verneuil) qui pourrait admettre dans sa cavité 5 litres de liquide, ne contient plus que des hydatides flétries et quelques rares hydatides sphériques et vivantes ;

un inférieur descend jusqu'au petit bassin et contient un liquide purulent non fétide (injection de calomel pratiquée hors de l'hôpital).

Dans la fosse iliaque, au-devant du cœcum, 4 poches hydatiques dans l'épaisseur du grand épiploon, indépendantes de celles du foie, libres et flottantes; 2 du volume d'un poing laissent échapper, à l'incision, des hydatides vivantes; les 2 autres sont comblées de membranes hydatiques et le contenu est solide; en arrière du cœcum, cinquième kyste, à contenu analogue, du volume d'une tête de fœtus à terme.

Enfin, vers le petit bassin, 4 kystes bien nets, un dans le cul-de-sac de Douglas; 2 dans les culs-de-sac paraovariens, le quatrième s'est insinué sur les parties latérales droites de l'utérus et du rectum. Ils ont à peu près le volume d'un œuf de poule.

OBSERVATION XIII (Résumée.

(Létienne.)

Une femme vint, en 1892, dans le service de M. Hanot, à Saint-Antoine, portant un kyste du lobe gauche du foie. Celui-ci fut opéré suivant le procédé de M. Hanot : injection de sublimé à dose non toxique, après aspiration préalable du liquide hydatique.

Quinze mois après la guérison de ce premier kyste, la malade revint avec des kystes hydatiques multiples de l'abdomen, les uns siégeant dans le petit bassin, d'autres dans la région splénique, d'autres dans le foie.

OBSERVATION XIV

(Quénu, *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris*,
21 mars 1900.)

Femme de 25 ans opérée par incision et drainage d'un énorme kyste hydatique du foie, 18 mois après l'opération, apparition à l'extrémité inférieure de l'incision cutanée d'une petite tumeur arrondie et rénitente du volume d'un œuf de pigeon et mobile sur les parties profondes. L'intervention montre qu'il s'agit d'un kyste hydatique développé dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané.

OBSERVATION XV (Résumée.)

(Gouilloud, *Congrès français de Chirurgie*, Séance du
10 octobre 1894.)

Kystes hydatiques de l'épiploon.

Première opération : résection totale du grand épiploon, farci de kystes.

Deuxième opération : énucléation de petits kystes et incision en un temps de deux grands kystes du petit épiploon.

Troisième opération : débridement vaginal d'une masse pelvienne. Guérison.

Marguerite D..., âgée de 39 ans, présente, à l'examen du ventre, des masses multiples, volumineuses, rénitentes ou fluctuantes, étendues du bord inférieur des côtes jusqu'au pubis ; la plus inférieure perceptible par le vagin. La multiplicité des tumeurs, leur mobilité, font porter le diagnostic de kystes hydatiques de l'épiploon. Première intervention en mars 1892 : résection totale du grand épiploon infiltré de kystes hydatiques. Au cours de l'opération, rupture d'un kyste, et écoulement de liquide hydatique dans le péritoine ; pour cette raison, drainage du cul-de-sac vaginal.

On n'a senti aucune tumeur soit dans le cul-de-sac vésico-utérin, soit dans le Douglas. Suites heureuses.

Le 13 octobre, on constate que la masse des kystes situés sous la partie postérieure de la face inférieure du foie, laissés lors de l'opération, en raison de l'état de la malade, a beaucoup diminué régression certaine.

Le 1^{er} juin 1894, développement dans l'épiploon gastro-hépatique, et dans la région pelvienne de nouveaux kystes. Deuxième intervention : énucléation de quelques petits kystes et incision, en un temps, de deux kystes volumineux, juxtaposés, l'un peut être hépatique, l'autre développé dans l'arrière cavité des épiploons. Drains dans ces deux kystes. L'état de la malade ne permet pas d'attaquer immédiatement la poche du Douglas. Troisième intervention quelques jours après : large débridement de la poche du cul-de-sac de Douglas. Mèche iodoformée. Suites simples. La malade, revue en octobre, va très bien.

OBSERVATION XVI (Résumée.)

(Présentée par M. Savariaud. *Revue de gynéc. et chir. abd. Pozzi.*
Nov. déc. 1903, p. 985.)

Kystes hydatiques du ligament large et du grand épiploon.

Une femme de 30 ans se présente avec une tumeur latérale droite de l'abdomen, assez volumineuse ; par le toucher vaginal, on constate qu'elle bombe dans le cul-de-sac antérieur et latéral droit. On pratique la laparatomie croyant avoir affaire à un fibrome et l'on constate, au contraire, dans le ligament large une tumeur accolée à l'utérus, ayant toutes les apparences d'un kyste hydatique. Des ponctions répétées ne donnent rien, des débris de membranes venant probablement boucher la canule. A la fin, cependant on évacue un verre de liquide absolument incolore. Sur ces entrefaites, la poche se crève, et il en sort une quantité considérable d'hydatides, quelques-unes du volume d'une noisette. On pratique la résection de la partie flottante de la poche kystique, et le capitonnage de la portion qui reste. Drainage au moyen d'une mèche. Suites opératoires simples. Cependant, on craint d'avoir abandonné au fond du pelvis quelques hydatides qui pourraient ultérieurement occasionner une récidive et l'on invite la malade à revenir dans quelque temps.

La malade se présente, en effet, quelques mois après. L'examen permet de suite de constater une nouvelle tumeur abdominale presque aussi volumineuse que la première, mais de siège plus élevé. La laparatomie, pratiquée de nouveau, montre, en effet, un kyste du grand épiploon, recouvert en grande partie par le tablier épiploïque. Le colon transverse prolabbé recouvre la partie supérieure de la tumeur.

On en pratique l'ablation, et on suture la paroi abdominale sans drainage.

Les diverses observations que nous venons de signaler nous paraissent assez démonstratives pour que l'on puisse

s'étonner que cette pathogénie des kystes multiples de l'abdomen ait été si longuement discutée.

Il importe donc d'examiner les objections qui lui ont été opposées.

I. — Nous nous contenterons de rappeler cette assertion si longtemps admise, que l'épanchement du liquide hydatique dans l'abdomen déterminait fatalement une péritonite mortelle. Finsen, le premier, réagit contre cette erreur en déclarant que, « en général, la rupture d'échinocoques frais, avec épanchement, dans la cavité abdominale n'est pas dangereuse, et qu'elle cause seulement la mort, si le liquide contenu dans le sac est purulent »

Depuis, des expériences nombreuses se surajoutant aux faits cliniques observés, sont venues confirmer les vues de Finsen, qui sont aujourd'hui admises sans conteste.

II. — De nombreux partisans, au contraire, se rallient encore à l'argument invoqué par Charcot contre la théorie des greffes échinococciques. Dans son mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin, cet auteur s'attache à démontrer que les kystes hydatiques multiples se développent en dehors des membranes séreuses en général, et pour ce qui concerne les kystes de l'abdomen en particulier, c'est « dans le tissu cellulaire sous-péritonéal » qu'ils prennent naissance. Et, faisant allusion à l'opinion émise par Hunter « si le célèbre chirurgien, dit-il, eût eu connaissance de cette disposition anatomique, il n'eût pas jugé nécessaire de créer une semblable hypothèse. Comment, en effet, si les hydatides se développent à la face externe du péritoine, seraient-elles dues à des germes

échinococciques tombés dans la cavité péritonéale elle-même

De même nous voyons Sklifosowsky, bien qu'admettant la rupture du kyste du foie dans le cas typique que nous avons relaté (obs. II) repousser l'hypothèse d'une greffe échinococcique parce que « tous les kystes trouvés dans l'abdomen étaient situés en dehors de la cavité péritonéale. »

Or, il résulte de nombreux faits d'expérimentation que ces kystes sous-péritonéaux peuvent parfaitement provenir de germes déposés dans la cavité péritonéale.

Bobrov et Von Alexinsky, Garré et Riemann, enfin Dévé, ont démontré, par une série d'expériences, que des vésicules filles, des lambeaux de paroi kystique, déposés dans la cavité péritonéale, à la face interne de la séreuse, sont retrouvés au bout d'un temps variable en dehors de la cavité, dans le tissu cellulaire sous-séreux. On assiste en somme, à un processus semblable à celui décrit par Marchand pour les corps étrangers. Introduisant dans le péritoine de cobayes et de lapins des morceaux de liège, il voit se produire une irritation de l'endothélium, exsudat fibrineux, accumulation de leucocytes, puis, apparition de cellules conjonctives englobant le corps étranger, qui plus tard, paraîtra isolé de la cavité péritonéale, alors qu'il s'agit, en réalité, d'un processus d'enkystement à la surface du péritoine. De plus, ce « processus histologique » d'inclusion des corps étrangers est souvent associé à un « processus mécanique ». L'épiploon enveloppe de ses plis si souples les corps étrangers ; puis ces plis se sondent secondairement. Finalement le kyste est au centre de la masse épiploïque semblant, à un examen superficiel, développé entre les deux lames de l'épiploon (Dévé).

D'autre part, les lacunes inter cellulaires « stomatés » décrites dans la séreuse péritonéale, soit à l'état normal, soit sous l'influence d'altérations inflammatoires, peuvent bien permettre aux scolex, aux vésicules proligères et même aux vésicules filles de s'y engager, si l'on considère surtout que l'épanchement de liquide hydatique dans la cavité abdominale détermine toujours une phlegmasie réactionnelle du péritoine plus ou moins marquée.

III. — Enfin, une troisième objection, celle-ci basée sur des considérations zoologiques, a été soulevée contre la théorie de l'ensemencement : elle repose sur ce principe que le kyste hydatique, étant un stade intermédiaire dans l'évolution du *tænia echinococcus* ne peut donner naissance à une hydatide secondaire. C'est dire que tout kyste proviendrait d'un embryon hexacanthé. Un kyste, dit Potherat, ne peut ni par son liquide, ni par ses vésicules filles, ni par ses scolex, reproduire un kyste hydatique. Les scolex sont le stade avant-dernier, celui qui précède le développement complet du ver ; à aucune de ses phases, œuf, embryon hexacanthé, hydatide, scolex, il ne peut se faire un retour en arrière ; et il termine en rejetant la doctrine de l'auto-infection comme une « hérésie zoologique. »

Or, une série de recherches expérimentales ont démontré la possibilité de l'implantation directe des éléments de l'échinocoque.

Lebedev et Andreiev, les premiers, inoculèrent, dans la cavité péritonéale de deux lapins, des vésicules filles recueillies au cours d'une autopsie faite trois jours après la mort. Ces vésicules filles avaient été préalablement

lavées avec une solution d'acide phénique à 2,5 % dans la première expérience; dans la seconde, elles ne furent utilisées qu'après un séjour de soixante-douze heures dans de l'alcool à 50 degrés, suivi d'un lavage à l'eau phéniquée à 2,5 %. Malgré ces manipulations et la date tardive de la nécropsie, les vésicules se greffèrent et continuèrent à se développer.

Ces mêmes résultats ont été obtenus par Riemann, qui, après avoir expérimenté sur 13 lapins et 1 chien, conclut que « les vésicules filles échinocociques tombées dans la cavité péritonéale, non seulement restent en vie, mais augmentent de volume et peuvent même former des vésicules proligères et produire des vésicules petites filles. »

Les recherches d'Alexinsky, au contraire, portèrent sur le contenu liquide de kystes hydatiques ou de vésicules filles, recueilli dans un vase stérilisé et rempli d'une solution physiologique tiède de chlorure de sodium. Sur 12 expériences (1 brebis et 11 lapins), 8 donnèrent des résultats positifs: quant aux quatre autres faits, notons que la brebis périt trois jours après l'inoculation; chez un lapin on trouva une péritonite tuberculeuse, chez un autre une infiltration purulente du cœcum avec reliquats de péritonite, enfin le troisième fut sacrifié trop tôt.

Nous signalerons enfin les études plus récentes de Dévé, qui portèrent également sur l'inoculation de vésicules proligères et de scolex à des lapins: à côté des inoculations intraveineuses qui ont démontré la difficulté de la greffe par voie sanguine (1 résultat positif sur 14 tentatives) les inoculations pratiquées dans les séreuses ont été couronnées de succès: sur 32 expériences, 23 ont été

positives et 9 négatives et, parmi ces cas négatifs, 6 sur 9 provenaient des premières tentatives dans lesquelles la dose de germes inoculés était très insuffisante ; enfin, certains petits kystes ont pu passer inaperçus.

On peut donc bien produire des kystes hydatiques par un mélange de vésicules proligères et de scolex. Ajoutons que Alexinsky a observé la transformation des véhicules proligères seules en kystes tandis que Dévé cite des faits très démonstratifs de transformation kystique des scolex et note enfin que ces kystes secondaires peuvent devenir fertiles.

Ainsi, après les faits cliniques, les recherches expérimentales nous démontrent la possibilité pour l'échinococque de se propager dans la cavité abdominale par implantation secondaire des vésicules filles et des scolèx : pouvons-nous maintenant généraliser ce mode de genèse, attribuer cette pathogénie sinon à tous, du moins à la grande majorité des cas de kystes hydatiques de l'abdomen ?

Nous nous bornerons à rappeler :

1^o La coïncidence habituelle de kystes multiples de l'abdomen avec un ou plusieurs kystes anciens du foie ou de la rate ;

2^o L'apparition et la marche insidieuse de ces kystes qui peuvent arriver à une phase assez avancée de leur évolution sans que leur présence se révèle par un symptôme accusé, kystes que l'on a pu ainsi diagnostiquer tardivement par un interrogatoire plus attentif, alors que l'attention était attirée de ce côté (obs. V et VI) ;

3^o La difficulté de constater leur existence au cours

d'une intervention (incision de 15 à 20 centimètres au-dessous de l'ombilic) ;

4^o L'absence de symptômes révélant leur rupture, qui peut ainsi passer souvent inaperçue (obs. VII, VIII et IX) ;

5^o La facilité avec laquelle se reforment les kystes après la ponction et l'absence de cicatrice, dans les constatations nécropsiques alors que des signes assez nets avaient permis de diagnostiquer cette rupture (obs. III et V auxquelles nous pouvons ajouter le cas suivant cité par Quervain, où un kyste hydatique du foie, très volumineux 15 jours après une rupture, se rompit de nouveau au moment où l'on allait procéder à la laparotomie, et où l'opération, pratiquée quelques heures seulement après l'accident, ne permit cependant pas de découvrir le siège de la rupture.)

Nous voyons donc que les faits qu'on a pu signaler contre la généralisation de cette pathogénie, faits où l'on s'attache à noter l'absence de kystes du foie ou de la rate, ou de signes de rupture, soit pendant la vie des malades, soit au cours de nécropsies, ne doivent pas être considérés comme des cas démonstratifs, et nous croyons que d'une façon générale les kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale sont secondaires, c'est-à-dire consécutifs à la rupture ou à l'ouverture opératoire, qui peut n'être qu'une ponction, d'un kyste abdominal ancien, siégeant le plus souvent dans le foie ou dans la rate. Ce sont ces conclusions que nous apporterons aux deux observations publiées au début de ce travail : bien qu'aucun symptôme de rupture n'ait été révélé dans l'interrogatoire de ces malades, nous admettrons chez la première (obs., service de M. le professeur Jaboulay) une rupture latente, ayant passé inaperçue, d'un kyste du foie, et chez la seconde

(obs., service de M. le professeur Poncet) d'un kyste de la rate ayant déterminé, dans la suite, l'éclosion de kystes multiples.

Enfin, nous signalerons particulièrement l'observation présentée par M. Savariaud (obs. XVI) : bien que l'on puisse songer ici encore à un kyste du foie et sa rupture n'ayant donné lieu à aucun symptôme, et par suite n'ayant pu être diagnostiqués, il est permis de considérer le kyste du ligament large comme le kyste primitif dont la rupture a amené l'éclosion du kyste du grand épiploon.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION CLINIQUE DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Evolution, symptômes. — Le début des kystes hydatiques multiples est toujours insidieux. Pendant de longs mois, des années même, le malade peut ignorer la présence des tumeurs dont il est atteint, et, bien souvent, c'est par une circonstance fortuite, qu'il s'aperçoit un jour de l'augmentation de volume de son ventre. Les kystes évoluent ainsi très lentement, sans occasionner de gêne réelle, jusqu'au moment où ils ont acquis un certain développement. L'état général reste bon, la fièvre est nulle.

Le malade se présente généralement lorsque les tumeurs sont perceptibles. On note alors une augmentation de volume plus ou moins considérable de l'abdomen tout entier ou d'une région seulement. Le palper abdominal révèle l'existence de masses en plus ou moins grand nombre, plus ou moins régulières, de volume variable. Généralement, elles sont lisses, arrondies ; mais si elles sont nombreuses et voisines, on a la sensation de masses irrégulières et mamelonnées disposées en chapelet. Leur consistance est caractéristique : elles présentent une dureté remarquable, une résistance et une élasticité spéciales. On note rarement de la fluctuation, seulement une

demi-fluctuation, pour certaines tumeurs ramollies et suppurées.

La percussion donne des zones de matité bien définies, au niveau des tumeurs ; ces différentes zones de matité sont séparées par des lignes de sonorité correspondant aux espaces libres compris entre les kystes, elle peut également déceler le frémissement hydatique lorsqu'on la pratique suivant la méthode de Briançon. Mais ce signe, qui, à lui seul, permet d'affirmer le diagnostic, est très rare (notons, en passant, que nous l'avons trouvé d'une façon très nette dans notre première observation) ; pour qu'il se produise, il faut, en effet, suivant M. Tillaux, beaucoup d'hydatides filles et le minimum de liquide possible, permettant le choc des hydatides filles entre elles. Il peut être également révélé par le toucher rectal ou vaginal, lorsqu'on est en présence de kystes du petit bassin. L'exploration du bassin ainsi pratiquée pourra montrer dans ces cas, chez la femme, l'utérus rejeté de côté, souvent en avant contre le pubis, par les tumeurs développées dans le cul-de-sac postérieur.

Mais l'augmentation continue du volume des kystes produit à un moment donné des complications redoutables : à côté des signes physiques signalés plus haut, on note alors des *symptômes fonctionnels* plus ou moins accusés, des accidents variables suivant le nombre de ces tumeurs, leur grosseur et leur siège, et relevant du fait de la compression et de l'inflammation. Ce sont d'abord des accidents d'occlusion intestinale, ou simplement une constipation opiniâtre ; il est évident, en effet, que l'intestin, en raison de sa longueur et de sa présence dans chacun des points de la cavité, se trouve, plus que tout autre

organe, exposé à être atteint de compression par le développement des kystes. Aussi, la constipation est-elle fréquente.

La compression des veines iliaques et de la veine cave inférieure peut amener un œdème des membres inférieures.

Les kystes siégeant à la partie inférieure du foie produisent parfois de l'ascite : celle-ci est cependant rare, car le plus souvent, la circulation collatérale a le temps de se former, en raison de l'accroissement lent de ces tumeurs.

Les kystes du foie intervenant le plus souvent pour constituer cette multiplicité des kystes, de l'abdomen, on note fréquemment des symptômes dus à leur action sur cet organe. C'est ainsi que l'ictère a été noté bien des fois. De même que les canaux biliaires, les canaux de l'appareil urinaire peuvent être comprimés, et l'on assiste alors à des accidents de rétention d'urine, plus ou moins complète.

La respiration est généralement gênée lorsque le ventre a acquis un certain volume, et on note souvent une dyspnée intense, lorsque le développement de l'abdomen a pris des proportions considérables.

Enfin, à la longue, cet encombrement de l'abdomen entrave profondément les fonctions des différents organes : la digestion ne s'effectue plus que d'une manière fort imparfaite, l'amaigrissement s'accroît, pendant que la gêne et les douleurs deviennent plus vives et le malade arrive progressivement à la cachexie. Cette marche de l'affection peut d'ailleurs être modifiée par suite de certaines complications : c'est ainsi que sous l'influence de traumatismes, ou de fonctions répétées, on voit souvent se produire l'inflammation d'un ou plusieurs kystes et

leur suppuration. L'état général s'altère alors rapidement ; la fièvre s'allume, on peut assister à des accidents de rupture, suivis de péritonite partielle ou généralisée.

Diagnostic. — Le diagnostic des kystes multiples est souvent très difficile, car la symptomologie fournit peu de signes caractéristiques. Il est évident que si l'on se trouve en présence d'une collection de tumeurs lisses, indolentes, rénitentes, dures, développées lentement, sans fièvre, ni altération de l'état général, si l'on constate le frémissement hydatique ou bien encore une expectoration ou des selles hydatiques, le diagnostic s'imposera. Mais ces cas sont très rares, et les tumeurs hydatiques péritonéales simulent presque toutes les autres tumeurs de la cavité. On peut les confondre avec :

1° Les *tumeurs bénignes de la région*, évoluant insidieusement, sans douleur, ni altération de l'état général, comme les kystes hydatiques : nous ne ferons que signaler une première variété, signalée par Péan, sous le nom de « Maladie kystique de l'Épiploon, du mésentère, du péritoire viscéral, de l'abdomen et du bassin. » Ces kystes, en effet, sont tout à fait semblables aux kystes hydatiques au point de vue clinique et au point de vue de l'anatomie pathologique macroscopique. Ils s'en distingueraient, seulement, par l'absence de crochets, dans le liquide, et de membranes hydatiques.

Une seconde variété de tumeurs bénignes, est constituée par les « Myxômes du bassin ». Ces tumeurs développées primitivement dans le bassin envahissent souvent secondairement le mésentère et l'épiploon. Mais ici, l'ascite est beaucoup plus fréquente que dans les kystes hydatiques.

En outre, en examinant le péritoine pelvien par le toucher vaginal ou rectal, on sent des masses irrégulières, indurées, absolument « dépourvues de mobilité. »

2^o Les *tumeurs malignes*. — On ne les rencontre généralement que chez des sujets d'un certain âge ; elles ne présentent ni la résistance, ni la dureté caractéristiques des kystes hydatiques. Les bosselures carcinomateuses sont plus mollasses, plus pâteuses. Enfin leur évolution est beaucoup plus rapide ; le retentissement ganglionnaire est précoce et le malade est rapidement conduit à l'état cachectique. On conçoit cependant que pareille confusion puisse se produire, lorsque le malade se présente pour la première fois dans une phase ultime de l'affection hydatique, avec des signes de compression, œdème, ascite, très marqués et dans un état de cachexie déjà avancé, sans pouvoir préciser le début de sa maladie.

3^o La *péritonite cancéreuse*. — S'accompagne d'ascite ; les masses senties à la palpation sont irrégulières, plutôt aplaties ; l'engorgement ganglionnaire est très marqué et la cachexie extrême.

4^o La *péritonite tuberculeuse*. — Elle présente la même irrégularité des masses perçues par le palper abdominal ou le toucher vaginal ou rectal. Le ventre est douloureux spontanément et sensible à la pression, on a généralement une élévation de température, signes que l'on ne rencontre pas dans les kystes hydatiques, à moins de suppuration ou de rupture. Enfin, les ganglions inguinaux sont envahis, la cachexie est plus considérable et on trouve souvent des traces de tuberculose pulmonaire.

5^o La *péritonite enkystée*. — L'élévation de température, les douleurs abdominales permettront également

de poser le diagnostic, à moins que les kystes hydatiques n'aient déterminé eux-mêmes des poussées de péritonite et contracté des adhérences.

6° Les *tumeurs du mésentère*. — L'exploration attentive de la paroi abdominale permet de constater la présence d'une ou plusieurs anses intestinales en avant de la tumeur.

7° Les *kystes multiloculaires de l'ovaire*. — Ils prêtent facilement, à confusion, lorsque les kystes hydatiques ont déterminé, autour d'eux, des processus inflammatoires et des adhérences. En effet, ceux-ci ne présentent plus alors aucune mobilité et forment une masse bosselée absolument semblable aux ovaires polykystiques. Cependant ces tumeurs ovariques présentent généralement une *fluctuation* assez nette que l'on ne trouve pas dans les kystes hydatiques, généralement durs et rénitents.

Nous signalerons aussi l'*hydronéphrose* et le *rein flottant* qui ont pu quelquefois simuler des tumeurs hydatiques. Mais, dans le premier cas, les caractères de la masse ordinairement fluctuante, les commémoratifs, accidents de coliques néphrétiques antérieurs à la tumeur, et dans le second cas, la forme spéciale de la tumeur, les douleurs caractéristiques, avec irradiations vers les uretères permettront généralement de poser le diagnostic.

Les *fibromes utérins* en imposent quelquefois pour des kystes, en raison des troubles mécaniques, compression du rectum ou de la vessie, et des troubles de la menstruation qui sont communs aux deux affections. Mais par le palper abdominal et le toucher vaginal, on peut se rendre compte, en communiquant des mouvements à la tumeur, qu'elle fait corps avec l'utérus. De plus, on note

souvent dans l'évolution des fibromes des douleurs expulsives, pendant lesquelles ils peuvent se présenter dans le vagin.

Enfin, les *salpingites* ou *salpingo-ovarites* seront facilement éliminées, en raison des douleurs nettement localisées sur les côtés de l'utérus, exaspérées par le toucher et le palper abdominal, et aussi lors des époques. On tiendra compte aussi des poussées inflammatoires fébriles se produisant souvent à intervalles assez réguliers.

En somme la constatation du frémissement hydatique, de l'issue des hydatides en nature sont les seuls signes pathognomoniques des kystes hydatiques. Mais chaque fois que l'on se trouvera en présence de tumeurs de la cavité abdominale ayant évolué avec les caractères des tumeurs hydatiques, on recherchera, par le toucher, l'existence de masses semblables du côté du bassin. On examinera du côté du foie ou de la rate les signes pouvant permettre de supposer l'existence dans ces organes d'un kyste ancien. Enfin, le malade sera interrogé sur les symptômes qu'il a pu présenter à une date plus ou moins reculée et pouvant révéler la rupture d'un kyste sans oublier, cependant, que si cet accident se révèle parfois par des signes très nets : 1^o affaissement de la tumeur kystique accompagné d'une sensation de déchirure interne, et quelquefois d'un liquide s'écoulant dans le ventre ; 2^o éclosion rapide de phénomènes péritonéaux plus ou moins graves ; 3^o apparition de divers symptômes liés à l'intoxication hydatique, urticaire, etc. ; souvent ce tableau symptomatique est estompé et rétréci.

Pronostic. — L'évolution de l'affection et les compli-

cations que nous avons signalées montrent assez la gravité du pronostic. Si le malade peut rester des années sans être incommodé, sans présenter la moindre altération dans son état général, il n'en arrive pas moins, à la longue, à la période ultime, à la cachexie, par suite de l'intoxication chronique produite par la toxine hydatique. Et, bien souvent, des complications viennent abrégier la durée de la maladie ; tantôt, chez un sujet dont le bassin est indemne, qui paraît à l'abri d'accidents de compression de gravité immédiate, c'est la rupture d'un kyste du foie ou de la rate, semant dans la cavité péritonéale des germes échinococciques, qui vont évoluer dans le bassin et menacer plus tard le malade d'accidents redoutables, tels que l'occlusion intestinale, ou la compression de la vessie, produisant une rétention d'urine. Ces chances de greffes varieront naturellement suivant l'étendue et le siège de la rupture, suivant le nombre et la nature des éléments échinococciques mis en liberté, les vésicules prolifères et les scolex se défendant mal contre la phagocytose et étant détruits en grand nombre dans le péritoine, contrairement aux vésicules filles qui évoluent beaucoup plus facilement. Quant à la présence de la bile, elle n'empêche nullement la greffe et l'éclosion ultérieure des kystes secondaires (obs. V) ; tantôt, c'est l'inflammation et la suppuration d'un kyste, dont la rupture entraînera aussitôt des symptômes aigus de péritonite. Signalons aussi, les troubles graves que certaines tumeurs hydatiques produisent au cours d'un accouchement : souvent elles sont des causes de dystocie, nécessitant une intervention ; dans plusieurs cas, elles ont occasionné une rupture utérine, suivie de mort (obs. III) ; dans d'autres, l'accouchement

peut se terminer sans incident, mais, comme l'a bien montré M. Porak, les traumatismes subis à ce moment par le kyste amènent souvent sa suppuration. La grossesse enfin donne un coup de fouet à leur évolution.

Mais à côté de ces cas d'une incontestable gravité, il en est d'autres très bénins, où les kystes peuvent guérir spontanément par « involution. » Des transformations remarquables s'observent dans ces kystes : la cuticule se plisse et prend un aspect festonné ; la membrane germinative disparaît, le liquide se résorbe et l'on ne trouve plus dans la poche qu'un amas de matières puriformes ou athéromateuses.

En résumé, malgré la possibilité d'une guérison spontanée, le pronostic doit être en général très réservé : on tiendra compte surtout du nombre des kystes et de leur siège, ceux situés dans le bassin étant particulièrement à redouter.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Pendant très longtemps, la ponction évacuatrice simple a été l'unique traitement des kystes hydatiques. Elle avait pour but de tuer les hydatides en les privant de leur liquide; ce procédé est non seulement infidèle, mais souvent impraticable; il est souvent difficile de procéder à une évacuation totale, les vésicules filles venant oblitérer l'orifice du trocart et rendre l'aspiration impossible. Enfin il est dangereux; on a vu fréquemment la répétition des ponctions amener la suppuration du kyste; d'autre part, le trocart, même prudemment conduit, peut traverser des organes dangereux dont la blessure sera la cause d'accidents mortels. Mais nous insisterons spécialement sur une autre conséquence des ponctions, nous voulons parler de l'irruption du contenu du kyste dans le péritoine ainsi qu'en témoigne fréquemment l'apparition d'une urticaire, due à la toxicité du liquide hydatique, et d'autres symptômes plus graves, tels que le collapsus. Si ces derniers accidents sont assez rares, si l'urticaire, au contraire si fréquente, peut paraître une complication négligeable, on doit se souvenir que l'épanchement, dans la cavité péritonéale du liquide hydatique, en mettant en liberté des germes échinococciques expose le malade à l'éclosion de nouveaux kystes par greffe de ces germes.

Volkman, en 1877, faisait déjà remarquer combien il importe de compter avec « le danger que, le long du trocart, ou le long des points de suture, des germes échinococciques parviennent dans la cavité abdominale. Nous avons, ajoutait-il, observé à Halle un cas qu'on ne peut guère expliquer autrement : on avait fait une ponction, et plus tard on trouva un semis généralisé d'échinocoques sur le péritoine, de sorte que force était d'admettre que du liquide avait pénétré dans la cavité abdominale le long du trocart et que des germes échinococciques s'étaient greffés sur le péritoine. » Depuis, les faits de kystes multiples développés à la suite de ponctions ont été relatés assez souvent ; les observations X, XI, XII, en sont des exemples assez typiques.

Après la ponction évacuatrice simple, la ponction suivie d'injection parasiticide, inaugurée par Voisin en 1857, est devenue une méthode couramment employée de nos jours. Le sublimé constitue le liquide antiseptique généralement utilisé, mais en quantité variable suivant les procédés :

La méthode de Debove est caractérisée par l'évacuation aussi totale que possible du liquide kystique et le lavage du kyste par une grande quantité d'antiseptique.

Bacelli retire, par aspiration, quelques centimètres cubes de liquide hydatique seulement et les remplace par une quantité à peu près égale de liqueur de Van Swieten (10 à 20 cc.) qu'il abandonne dans le kyste.

Enfin, Hanot retire tout le liquide, mais n'injecte dans le kyste qu'une faible quantité d'antiseptique, du sublimé à dose non toxique, qu'il abandonne dans le kyste.

A ces divers procédés de ponction suivie d'injection parasiticide, on peut adresser les reproches que nous avons signalés à propos de la ponction simple. Ils présentent, en outre, un autre danger, celui de l'intoxication liée à l'introduction de liquide antiseptique dans le kyste. En effet, d'une part, on n'est jamais certain de retirer entièrement le sublimé du kyste; d'autre part, il peut fort bien faire irruption dans le péritoine par l'orifice laissé par le trocart, et déterminer des phénomènes d'intoxication suraiguë, comme en témoignent les cas cités par Wilbouchévitch (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, sept. 1891), Felizet et Verneuil (*Soc. chir.*, 1893). Si la méthode de Hanot expose moins aux accidents d'intoxication suraiguë, elle ne met pas toujours à l'abri de la greffe échinococcique. L'observation XIII, recueillie par M. Létienne, dans le service de M. Hanot, est très suggestive à ce point de vue.

Nous croyons donc que l'on doit rejeter d'une façon générale et les ponctions simples et les ponctions suivies d'injection parasiticide qui sont non seulement infidèles, mais dangereuses et surtout « peuvent être le point de départ d'une dissémination de germes spécifiques qui pourront évoluer ultérieurement, et l'on doit recourir à la laparotomie qui sera aussi précoce que possible. Mais cette intervention opératoire peut, elle aussi, donner lieu à une éclosion de kystes multiples à la suite de l'irruption du liquide hydatique dans la cavité abdominale. Il suffit de rappeler le cas de M. Varneck :

Au cours d'une opération d'un kyste de l'utérus, la paroi de la tumeur se déchira, et laissa sortir des vésicules filles; après avoir fermé la solution de continuité avec des pinces, enlevé la tumeur et épongé soigneusement la ca-

ulté abdominale, on s'assura, par un examen minutieux, que l'abdomen ne renfermait aucun kyste hydatique. Or, deux mois après, on voyait se développer deux nouvelles tumeurs échinococciques dans la cavité abdominale.

De même l'observation de Quénu (obs. XIV.) est un fait assez concluant de greffe effectuée au moment de l'opération. Il serait invraisemblable, en effet, ajoute Quénu, « d'admettre que les hexacanthes ont infecté concomitamment le foie et une portion de la peau qui devait être juste le point déclive de l'incision. » (Séance du 21 mars 1900. *Bull. et M. de Soc. Chir. Paris.*)

On devra donc s'assurer, au moment de l'ouverture du kyste, que toutes les précautions ont bien été prises pour éviter l'écoulement de liquide dans la cavité abdominale.

Dès les premiers essais d'ouverture large, on se préoccupait déjà de prévenir cet accident, mais par crainte d'une autre complication, la péritonite. C'est ainsi que Récamier, par l'application de caustiques, provoquait une inflammation du péritoine, et grâce aux adhérences, qui se formaient entre les deux feuillets, pouvait ouvrir et vider la collection sans craindre de provoquer une péritonite. Mais la lenteur désespérante de ce procédé, les souffrances qui en résultaient le firent bientôt tomber dans l'oubli.

Bégin, le premier, préconisa l'incision au bistouri, mais il faisait encore l'ouverture du kyste en deux temps : d'abord, incision du péritoine et application d'un pansement pour favoriser les adhérences, puis à ce moment seulement ouverture large du kyste. Volkmann, appor-

tant à ce procédé l'application des règles antiseptiques, contribua surtout à le mettre en honneur. Mais il n'est plus guère employé aujourd'hui.

Divers procédés sont actuellement utilisés dans le traitement des kystes hydatiques.

Il est bien évident que le procédé idéal est celui qui consiste à enlever complètement le kyste et sa paroi; mais il n'est applicable que dans quelques cas : c'est ainsi que dans les kystes non adhérents et facilement pédiculisables, on pourra pratiquer *l'extirpation*. On la réalise, pour les kystes développés sur un organe non indispensable à la vie du malade, où l'on peut enlever à la fois le kyste et l'organe : c'est le cas des kystes de l'épiploon où l'on procède à la résection de la portion de l'épiploon dans laquelle ils sont compris, après l'avoir pédiculisée et liée, à la condition, toutefois, qu'il n'y ait pas d'adhérences dangereuses; tel est également le cas des kystes multiples de la rate, où la splénectomie peut donner de bons résultats.

Ces conditions se sont présentées précisément chez la malade du service de M. le professeur Poncet et ces deux interventions, extirpation après résection d'une portion de l'épiploon et splénectomie, ont été pratiquées chez elle avec succès.

Dans quelques cas, on a pu pratiquer *l'énucléation*, c'est-à-dire extraire du parenchyme hépatique ou des tissus ambiants, la totalité de la paroi kystique, après en avoir ou non évacué préalablement le contenu, grâce à un travail de décollement ou de décortication.

Mais ce procédé est rarement réalisable et on utilise plutôt la *méthode de Delbet* qui consiste dans l'*incision sans drainage avec suture, et capitonnage de la poche fibreuse*.

Modification du mode opératoire de Thornton-Billroth qui consistait en une incision suivie de suture du kyste sans drainage, le procédé de Delbet comprend les temps suivants : après laparotomie et mise à nu du kyste, la cavité péritonéale soigneusement protégée par des compressees ou des éponges, le kyste est ponctionné, puis attiré au dehors au fur et à mesure qu'il se vide et devient flasque. On l'incise ensuite franchement, en faisant couler le liquide hors du ventre ; la poche vidée est attirée le plus possible au dehors, on résèque tout ce qu'on a pu attirer ; la membrane germinative est enlevée et l'on rétrécit la poche par le capitonnage ; pour cela, « on introduit l'aiguille courbe par la face interne de l'adventice en la faisant cheminer le plus longtemps possible dans l'épaisseur de cette membrane, mais sans chercher à pénétrer profondément. Le fil ainsi placé est ensuite conduit de la même façon dans la paroi opposée, puis serré et noué ; on obtient de la sorte un affrontement solide ». (Delbet).

Le tout est enfoui sous un surjet à la Lembert qui ferme l'incision du kyste. Enfin on procède à la suture de la paroi abdominale.

Ce mode opératoire a donné de beaux résultats. La guérison s'obtient assez rapidement. Mais il n'est évidemment pas applicable aux kystes suppurés. En outre, il n'est pas toujours possible d'enlever totalement la membrane germinative ; peu apte à la réunion immédiate, elle laisse alors persister des espaces morts où s'accumule le

sang, et il suffit de peu de septicité opératoire pour qu'une suppuration locale fasse échouer la tentative de cure rapide, et oblige à pratiquer une incision secondaire. De même, si la poche hydatique est trop vaste, le capitonnage est impossible à pratiquer.

C'est ainsi que dans l'observation publiée en tête de ce travail, M. le professeur Jaboulay, en présence du volume des kystes hépatique et épiploïque et de la nature douteuse de leur contenu, a procédé à l'ablation de la membrane germinative; puis les deux cavités ont été tamponnées avec des mèches qu'il a fait ressortir par la même ouverture laissée à la partie supérieure de l'incision sus-ombilicale, afin d'éviter l'éventration.

La *marsupialisation*, couramment employée dans le traitement des kystes suppurés, consiste après la large ouverture de ces kystes et évacuation de leur contenu, à suturer aux lèvres de l'incision pariétale les parois de la poche, puis à drainer.

Les suites de la marsupialisation sont ordinairement simples: le liquide s'évacue par les drains, et si la vésicule mère n'a pas été enlevée au cours de l'opération, elle s'élimine d'elle-même. Mais la guérison demande parfois un certain temps, la poche pouvant être longue à se combler et nécessitant des pansements répétés.

Signalons enfin parmi les accidents consécutifs possibles, les fistules biliaires et les cholérragies, lorsque les voies biliaires s'ouvrent dans le kyste et lorsqu'il y a eu blessure du tissu hépatique.

Connaissant les différents procédés susceptibles d'être

employés suivant les cas, dans le traitement des kystes hydatiques, nous pouvons établir de la façon suivante la manière dont on devra se comporter en présence d'un malade porteur de kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale.

Sans s'attarder à pratiquer des ponctions qui feront perdre au malade un temps précieux et seraient souvent dangereuses, on aura recours au plus tôt à une intervention chirurgicale qui sera ainsi conduite :

1^o On recherchera d'abord, le kyste primitif, dont le siège sera le plus souvent le foie ou la rate, et on fera, suivant les cas, l'ablation, le capitonnage, la marsupialisation, ou l'ouverture avec drainage ;

2^o Si l'opération est peu laborieuse, on s'attaquera en une même séance aux autres kystes :

Kystes de l'épiploon, pour lesquels on pratiquera la résection de l'épiploon, ou l'ouverture et drainage.

Kystes du bassin, qui seront opérés par la voie abdominale s'ils sont facilement accessibles et peu saillants dans le vagin, qu'on ouvrira, dans le cas contraire, par le cul-de-sac postérieur.

On prendra les plus grandes précautions pour éviter, au cours de l'opération, la contamination de la cavité abdominale par le liquide hydatique.

CONCLUSIONS

- I. Les kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale sont généralement secondaires, c'est-à-dire consécutifs à la rupture spontanée ou traumatique d'un kyste primitif, ou à une intervention chirurgicale (ponction ou ouverture large) pratiquée sur ce kyste, qui siège le plus souvent dans le foie ou la rate; les germes échinococciques mis en liberté dans la cavité péritonéale se greffant, continuant à évoluer et déterminant ainsi l'éclosion de nouveaux kystes. On comprend que ce mode de genèse ait été si rarement invoqué, par ce fait que très souvent ce kyste primitif ou sa rupture ont passé inaperçus.
- II. Le diagnostic de ces kystes multiples est souvent délicat. En dehors de la constatation du frémissement hydatique ou de l'issue d'hydatides en nature, seuls signes caractéristiques de l'affection on se basera, pour poser ce diagnostic, sur les caractères de ces tumeurs, leur rémittence, leur évolution lente, insidieuse, sans altération de l'état général pendant un temps assez long, leur multiplicité, enfin sur la présence d'un kyste du foie ou de la rate ou les commémoratifs indiquant sa rupture (affaissement de la tumeur, phénomènes péritonéaux, urticaire).

III. Le pronostic est généralement grave, notamment pour les kystes siégeant dans le bassin.

IV. Le traitement par les ponctions simples ou suivies d'injection parasiticide doit être rejeté comme exposant à la greffe des germes hydatiques. Les interventions radicales (ablation, capitonnage, marsupialisation, ouverture et drainage suivant les cas) seront aussi précoces que possible et toutes les précautions nécessaires seront prises pour éviter la contamination de la cavité abdominale par le liquide hydatique. On s'attaquera au kyste primitif (foie ou rate) en premier lieu, et aux autres ensuite (épiploon et petit bassin) dans la même séance, si l'opération est peu laborieuse.

VU :

Le Président de la Thèse

JABOULAY.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 20 janvier 1904.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- VOLKMANN. — *VI^e congrès de chir. allemande*, 1877.
- VOLKMANN. — *Soc. de chir.*, 1889, 8 juillet.
- HUNTER. — *Transact. of med. and chir.*, 1793, I, p. 34.
- CHARCOT. — *Com. rend. et mém. soc. biologie*, 1852, p. 101.
- CHARCOT-DAVAINE. — *Mém. soc. biologie*, 1857, p. 103.
- FINSSEN. — *Arch. génér. de méd.*, 1869, janv. et févr.
- FREUND. — *Arch. für Gynæcol*, 1879, heft. 2, p. 254.
- FREUND. — *Gynæcol klin.*, Strassburg., 1885.
- NICAISE. — *Bull. et mém. soc. de chir.*, 1884, 25 juin.
- WALTHER. — *Bull. Soc. anat.*, 1886.
- TUFFIER. — *V^e Congrès fr. de chir.*, 1891, p. 569.
- CLADO. — *Bull. Soc. anat.*, 1886, 9 avril.
- ALBERT. — Kystes hyd. mult. du péritoine. *Th. Paris*, 1887.
- POTAIN. — *Gazette des hôpitaux*, 1877, 2 août.
- HAVAGE. — *Bull. Soc. anat.*, 1879, p. 623.
- FÉRÉOL. — *Union médicale*, 1880, n^o 71.
- PÉAN. — *Tumeurs de l'abdomen*, t. I, p. 921.
- MASSERON. — Kystes hydat. multiples de la cavité abdominale. *Th. Paris*. 1882.
- GRATIA. — *Presse médicale belge*, 1883, n^o 3, p. 17.
- KOENIG. — *Thèse de Gættingue*, 1890, p. 3, obs. I.
- KRAUSE. — *Berl. klin. Wochenschrift*, 1889, p. 769 et 902.
- PAUCHET. — *Bull. Soc. anat., Paris*, nov. 1893, p. 604.
- LÉTIENNE. — *Médecine moderne*, 24 mars 1894.

- DEBOVE-SOUPAULT. — *Bull. et mém. Soc. méd. des hôpitaux*,
9 déc. 1892.
- POTHERAT. — *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 14 mars 1900.
- QUÉNU. — *Bull. et mém. Soc. chir., Paris*, 14, 21 et 26 mars
1900.
- PEYROT. — *Bull. et méd. Soc. ch., Paris*, 7 mars 1900.
- FÉRAL. — Kystes kyd. pérît. primitifs et secondaires. *Thèse
de Paris*. 1900.
- ALEXINSKY. — *Arch. f. klin. Chirurgie*, 1898, p. 796.
- BOBROV. — *Vratch*, 20 juin, 1896, p. 716.
- RIEMANN. — *Beitræg. zur klinik. Chir.*, 1899, XXIV.
- GARRÉ. — XXVIII^e Congrès all. de chir., Berlin, avril 1899.
- RAILLET. — *Traité de zoologie médic.*, 1895, p. 264.
- MARCHAND. — *Zieglers Beitr. z. path. Anat.*, 1889, IV.
- TOKARENKO. — *Thèse de Saint-Petersbourg*, 1895.
- LEBEDER et ANDREIEV. — *Vratch*, 1889, p. 285.
- STADNITZKI. — *Thèse de Saint-Petersbourg*, 1890.
- RATIMOV. — *Vratch*, 22 septembre 1893.
- SKLIFOSOWSKY. — *Chir. annal.*, 1895.
- PEIPER. — *Ekinok. in Vorpommern*, Stuttgart, 1894.
- DUCHAUSSEY. — *Bull. Soc. anat. Paris*. Janvier 1854.
- RICHARD. — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*; 30 avril 1880.
- BROCA. — *Bull. et mém. Soc. de chirurgie*, 21 mars 1900.
- TISSIER et DESFOSSÉS. — *Bull. et mém. de la Soc. obst. et gynéc.*
14 janvier 1897.
- THIERRY. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, avril, 1889.
- VARNÉCK. — *Khîr. Liétopiss.* IV-I, p. 80.
- DEBOVE. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 26 oct. 1888 et *Médecine
maderne*, 1899, p. 369.
- BOUILLY. — *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 13 juil. 1887.

- LAVIGNE-SAINTE-SUZANNE. — Kystes hydatiques du bassin.
Thèse de Bordeaux, 1893.
- CRAS. — Kystes hydatiques de la rate.— *Th. Bordeaux*, 1896.
- LE NOËL. — Kystes hydatiques de la rate. *Thèse Paris*, 1879.
- DIEULAFOY. — *Cliniques médicales*, 1898-1899, p. 96.
- DE QUERVAIN. — *Central. Bl. für Chir.*, 9 janvier 1897.
- SCHWARTZ. — *Soc. de chirurgie*, 21 février 1900.
- BARADUC. — Traitement des kystes hydatiques. *Thèse Paris*, 1898.
- MOST. — *Deutsch Zeitschrift f. chir.*, 1898, p. 156.
- FORGUE. — *Traité Duplay-Reclus*, 1899, t. VIII.
- GETTEN. — Kystes hydatiques rétro-vésicaux. *Th. Paris*, 1899.
- MONÉGER. — *Thèse de Lyon*, 1892.
- MOUILLE. — Kystes hydatiques rétro-vésicaux. *Th. Paris*, 1899.
- PINARD. — *Annales de gynécologie*, 1888, t. XXIV, p. 241.
- OLSHAUSEN. — *Soc. gynécol. Berlin*, janvier, 1889.
- MONIEZ. — *Traité de parasitologie*, 1896, p. 233.
- DAVAINE. — Entozoaires, 1877, *Synopsis*, XXXIII.
- POULAILLON. — *Soc. anat.*, novembre 1890.
- Discussion *Soc. de chirurgie*, 1^{er} février 1899, p. 103.
- TAIT. — *Traité des maladies des ovaires*. Trad. OLIVIER, 1886, p. 287.
- DÉVÉ. — De l'Echinococcose secondaire. *Th. de Paris* 1901.
Comptes rendus et mémoires de la Soc. de biologie,
2 février, 16 mars 1901 et 25 janvier 1902.
- GOULLLOUD. — *Congrès français de chirurgie*, 10 oct. 1894.
- CHEINISSE. — *Semaine médicale*, 17 septembre 1902.
- SAVARIAUD. — *Revue de gynéc. et chir. abd. Pozzi*. déc. 1903, p. 985.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Étiologie, anatomie pathologique.....	16
CHAPITRE II. — Pathogénie	18
CHAPITRE III. — Évolution clinique, diagnostic et pronostic.	44
CHAPITRE IV. — Traitement.....	53
CONCLUSIONS	61
BIBLIOGRAPHIE.....	63
